

Monthly Attendance Report Form

Отчет за _____ месяц 20 _____

Participant Address

| | |
|------------------------------------|-------|
| Адрес отделения программы GAIN/REP | |
| Имя участника программы: | |
| Номер дела: | Дата: |

Чтобы обеспечить вас необходимыми транспортными услугами и другими видами помощи, нам нужно, чтобы вы ежемесячно вели учет вашей посещаемости занятий по каждому из назначенных вам мероприятий программы Welfare-to-Work. В нижеприведенных таблицах отметьте, пожалуйста, вашу посещаемость мероприятий программы Welfare-to-Work за _____ месяц _____ года. Пожалуйста, предъявите эту форму провайдеру, оформляющему для вас услуги, с тем чтобы он имел возможность проверить количество часов вашей посещаемости. Верните эту форму работнику программы GAIN, ведущему ваше дело/работнику программы REP (GSW/RCM) не позднее _____. В случае, если форма не будет возвращена к указанному сроку, это может отразиться на получении вами транспортных и других видов услуг. Если у вас возникнут какие-либо вопросы, обратитесь, пожалуйста, к работнику программы GSW/RCM, ведущему ваше дело.

| | | | |
|---------------|--------------|----------------|------|
| GSW/RCM Name: | File Number: | GSW/RCM Phone: | Fax: |
|---------------|--------------|----------------|------|

Отметьте, пожалуйста, ваши посещения и пропуски по уважительным причинам. В случае пропуска занятий укажите причину и приложите подтверждающий документ.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|--|
| Activity: | | | | | | | | | | | | | | | | Scheduled Hours: | |
| Provider #1: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| Hours | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Total | |
| Hours | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Colleges verify enrollment only Provider #1 Stamp:

Contact Name: _____ Title: _____

Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

Я продолжаю нуждаться в транспортных услугах услугах по уходу за ребенком и/или др. видах помощи

Я прошу оформить мне получение транспортных услуг услуг по уходу за ребенком и/или др. видов помощи

One Stamp per Provider

| Дата(ы) | Пропущено часов | Причина(ы) пропуска занятий | County use only: Number of hours GSW validates and lists source |
|---------|-----------------|-----------------------------|---|
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|--|
| Activity: | | | | | | | | | | | | | | | | Scheduled Hours: | |
| Provider #2: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| Hours | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Total | |
| Hours | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Colleges verify enrollment only Provider #2 Stamp:

Contact Name: _____ Title: _____

Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

Я продолжаю нуждаться в транспортных услугах услугах по уходу за ребенком и/или др. видах помощи

Я прошу оформить мне получение транспортных услуг услуг по уходу за ребенком и/или др. видов помощи

One Stamp per Provider

| Дата(ы) | Пропущено часов | Причина(ы) пропуска занятий | County use only: Number of hours GSW validates and lists source |
|---------|-----------------|-----------------------------|---|
| | | | |
| | | | |

Настоящим я подтверждаю, что вышеизложенная информация правильна и соответствует действительности. А также, настоящим я даю разрешение на предоставление данной информации Управлению DPSS/Агентствам штата/Федерации с целью ее аудита, оформления и проверки.

Подпись участника: _____ Дата: _____

ДАННАЯ ФОРМА ТРЕБУЕТСЯ КАЖДЫЙ МЕСЯЦ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ВАШЕГО УЧАСТИЯ
Образец и инструкции

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------------|----|----|-----------------------------|----|----|----|--|----|----------------------------|----|----|----|----|----|--------------|
| Вид деятельности : Vocational Training (Clerical Program) | | | | | | | | | | | Scheduled Hours: 30 | | | | | | |
| Провайдер : Valley College | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | День | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | Часы | Н | 6 | | | 6 | 6 | | 6 | 6 | | | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 |
| A | День | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Всего |
| | Часы | | | Н | 6 | 6 | 6 | 8 | | | 8 | 6 | 6 | 6 | 6 | | 122 |
| * Colleges verify enrollment only | | | | | | | | | | | Provider Stamp: | | | | | | |
| Contact Name: Jane Doe Title: CalWORKs Coordinator | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phone: (888) 891-8923 Signature: Jane Doe Date: 1/31/09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Я продолжаю нуждаться в <input type="checkbox"/> транспортных услугах <input type="checkbox"/> услугах по уходу за ребенком и/или <input type="checkbox"/> др. видах помощи <input type="checkbox"/> Я прошу оформить мне получение <input type="checkbox"/> транспортных услуг <input type="checkbox"/> услуг по уходу за ребенком и/или <input type="checkbox"/> др. видов помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; display: inline-block;"> <i>One Stamp per Provider</i> </div> E | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | Дата(ы) | Пропущено часов | | | Причина(ы) пропуска занятий | | | | County use only: Number of hours GSW validates and lists | | | | | | | | |
| | 1/7/09 | 6 | | | Ребенок был болен | | | | | | | | | | | | |
| | 1/1/09 и 1/19/09 | 12 | | | Праздничные дни в школе | | | | | | | | | | | | |

ИНСТРУКЦИИ – ДЛЯ УЧАСТНИКА

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--|
| Секция А | Отчетное время | <p>Укажите время, фактически проведенное вами каждый день при обучении /практических занятиях в формате часы - минуты.</p> <p style="text-align: center;">Например: Пишите 1:30 чтобы указать 1 час и 30 минут.</p> <p style="text-align: center;"><i>НЕ пишите 1.5</i> чтобы указать 1 час и 30 минут.</p> |
| | Время обучения | <ul style="list-style-type: none"> Отделите время вашего обучения от времени, проведенного в классе. Если время обучения контролируется, приложите подтверждающие документы. Сделайте копию этого документа если вам необходимо больше места. |
| Секция В | Транспорт/Уход за ребенком | <p>Попросите любую необходимую вам услугу.</p> |
| Секция D | Указанные пропуски | <ul style="list-style-type: none"> Укажите дату(ы) и причину(ы), по которой вы отсутствовали. Приложите письменное объяснение ваших пропусков занятий. <p>Примечание: Объяснением может служить справка от доктора, справка от провайдера или ваша объяснительная, указывающая причину отсутствия и заверенная вашей подписью.</p> <p><u>Уважительные причины для пропуска занятий:</u> пропуски, которые согласованы с вашим провайдером; праздничные дни, которые утверждены школьной администрацией/провайдером; посещения врача, назначенные вам или вашему ребенку; встречи с работником, ведущим ваше дело или с работником программы GAIN; не на кого было оставить ребенка или проблемы с транспортом; встречи, назначенные школой; собеседование при устройстве на работу; болезнь – ваша или вашего ребенка; семейные проблемы – например, кто-либо из членов семьи умер, или же случай домашнего насилия и т.д.</p> |
| Подтверждающие информацию документы | | <p>После того как вы внесете все часы вашего участия:</p> <ol style="list-style-type: none"> Подпишите форму и поставьте дату. Предъявите форму на подпись в офис программы CalWORKs, имеющийся в вашем учебном заведении или провайдеру. |
| Дальнейшие действия? | | <p>После того как провайдер заполнит Секции В и Е, если он не отправит эту форму по факсу работнику, ведущему ваше дело по программе GAIN (GSW), верните эту заполненную форму работнику GSW до срока, который указан на лицевой стороне этой формы.</p> |

INSTRUCTIONS – PROVIDER

| | |
|-----------------|--|
| Section B and E | Please review form with participant and complete sections B and E. Once completed, the form may be faxed or returned to the participant. Only one stamp per provider is needed. |
|-----------------|--|